HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MISSION SÉCURITE DU PATIENT

Cahier des charges de l'expérimentation « gestion des risques en équipe en réanimation »

Avril 2013

Haute Autorité de santé
Service documentation – Information des publics
2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

© Haute Autorité de santé – 2013

Sommaire

1. Enjeux/Contexte 4
1.1 Gestion des risques et EIAS 4
1.2 Travail en équipe 5
1.3 Intégration dans les dispositifs nationaux 6

2. Objectifs de l'expérimentation 7

3. Critères de sélection des équipes 8

4. Conditions de réussite 8

5. Planning prévisionnel 2013 de l'expérimentation 9

6. Modalités de pilotage 10

7. Suivi de l'expérimentation 11

8. Perspectives 11

2. Annexes 12
Annexe 1 - Fiche d'engagement (en réanimation) 13
Annexe 2 - Volet Organisationnel 15
Annexe 3 - Mode d'emploi du questionnaire Culture de sécurité 20
Annexe 4. Fiche monographie par équipe (plan) 23

1. Enjeux/Contexte

L'enjeu de l'expérimentation est d'améliorer la **sécurité des patients**.

*Définition de la sécurité des patients OMS (2009) : réduire à un niveau acceptable les risques d'évènements indésirables associés aux soins (**EIAS**) liés aux prises en charge par le système de santé.*

On appelle EIAS un évènement défavorable survenant chez un patient, quelles qu'en soient la gravité et la nature, consécutif aux stratégies et actes de diagnostic, de traitement, de soins, de prévention ou de réhabilitation.

Il s'agit d'un évènement qui s'écarte des résultats escomptés et qui n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie.

Ces évènements peuvent être plus ou moins graves et aller d'un simple événement porteur de risque (EPR) jusqu'à un événement indésirable grave (EIG).

1.1 Gestion des risques et EIAS

On sait depuis déjà plus de 10 ans, grâce au rapport de l'Académie de Médecine Américaine (IOM) « *To err is Human – Building a safer health system* », que les EIAS sont fréquents (8ème cause de décès aux USA, avant la mortalité par accident de la voie publique). Les enquêtes françaises ENEIS de 2005 et 2009[1] ont mis également en évidence une fréquence stable d'environ 1 EIG tous les 5 jours par secteur de 30 lits ainsi que 4,5% des séjours en établissements de santé causés par un EIG. Enfin, une enquête menée par l'IRDES[2] en 2011 estime à 700 millions d'euros, pour la seule année 2007, le coût des EIG en France.

Mais l'identification des EIAS reste difficile et sous estimée. Le rapport Dédale de 2007[3] note à ce propos une certaine désillusion concernant les systèmes basés uniquement sur la déclaration des EIAS. Par ailleurs, les travaux de Reason (2000) ont mis l'accent sur l'aspect multifactoriel des EIAS et la nécessité de promouvoir une analyse systémique de ceux-ci afin de pouvoir apprendre de ses erreurs. Les travaux de Charles Vincent (The essentials of patient safety - Charles Vincent - 2011) confirme cette approche et note qu'un système efficace nécessite certes l'identification des EIAS mais surtout l'association à une analyse par les professionnels eux-mêmes de ces EIAS pour en tirer des enseignements et un apprentissage à partir des erreurs détectées (retour d'expérience) qui permet ensuite un partage d'informations et la mise en place d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins[4]. C'est ce modèle qui a été développé avec succès dans le cadre de l'accréditation volontaire des médecins des spécialités à risque[5].

Dans l'accréditation des médecins, la gestion des risques est organisée au niveau national dans une logique de spécialité et de partage d'expérience entre spécialités, par des organismes agréés pour l'accréditation (OA-Accréditation). Le dispositif d'accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité « risques » en établissement de santé est une démarche de gestion des risques médicaux nationale. Organisée par spécialité sous la responsabilité de la HAS, elle concerne les médecins exerçant une spécialité ou une activité médicale dite « à risque » en établissement de santé[6]. Cette démarche est basée sur le volontariat.

Son objectif est de prévenir ou de limiter les conséquences des événements indésirables médicaux. Pour être accrédités, les médecins déclarent chaque année des évènements porteurs de risques et participent à un programme de réduction des risques de leur spécialité incluant la mise en œuvre de

[1] http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.cpm.aquisante.priv/files/ENEIS-RapportComparaison_2004-2009%20final-Mars2011.pdf

[2] http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes171.pdf

[3] Rapport Dédale : Analyse bibliographique portant sur les expériences nationales et internationales pour promouvoir ou améliorer la séccurité des patients. Étude réalisée pour le haut Conseil de la santé Publique. Commission spécialisée Sécurité des patients. Juin 2010.

[4] C. Vincent. Patient Safety. Chapitre 5 : Reporting and learning systems. Wiley-Blackwell ed., Oxford, second édition 2010, 416 pages.

[5] Décret no 2006-909 du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissements de santé.

[6] Les spécialités et activités concernées par l'accréditation sont les suivantes : anesthésie-réanimation, chirurgie maxillo-faciale et stomatologique, chirurgie orthopédique et traumatologie, chirurgie plastique reconstructrice, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, chirurgie infantile, chirurgie urologique, chirurgie vasculaire, chirurgie viscérale et digestive/chirurgie générale, échographie foetale, gastro-entérologie interventionnelle, gynécologieobstétrique, neurochirurgie, ORL / chirurgie de la face et du cou, radiologie interventionnelle, réanimation médicale (cf. décret 2006-909).

recommandations, l'implication dans des revues de morbi-mortalité et la participation à des activités spécifiques (formations ciblées par exemple).

1.2 Travail en équipe

Un des enseignements tiré de l'accréditation est notamment que la cause de ces EIAS est rarement liée au manque de connaissance ou à un défaut de compétence des professionnels, mais le plus souvent à des défauts d'organisation, de manques de vérification, de coordination, ou de communication au sein des équipes (sur 9000 évènements indésirables analysés en 2011 environ 26% des causes retrouvées sont liées au facteur équipe et parmi celles-ci 35% sont liées à des problèmes de communication entre professionnels).

Cet enseignement n'est pas retrouvé uniquement dans le cadre de l'accréditation. Déjà en 2001 le rapport au Parlement anglais « Learning for Bristol »[7] rapportait que le défaut de travail en équipe était à l'origine d'une surmortalité infantile identifiée dans un hôpital universitaire anglais et qui avait défrayée la chronique à la fin des années 1990 : « there was poor teamwork and this had implications for performance and outcome ». Les grandes bases de données rapportent également un taux important de « communication failures » comme cause des EIAS (75% pour la NCPS database, 60 à 80 % pour la JCAHO). Baxter en 2008[8] note également l'importance du travail en équipe, la revue Cochrane de Zwarenstein[9] confirme le rôle de l'équipe dans l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, enfin Neily[10] montre l'intérêt d'un programme de formation au travail en équipe pour diminuer la mortalité dans le système des Véterans aux USA.

La notion d'équipe est seulement en apparence une évidence sociologique des pratiques soignantes. Pourtant, il est frappant de constater que les institutions comme les professionnels font « comme si » la notion d'équipe était une évolution naturelle, programmée par la formation des professionnels et fonctionnant dès le premier jour. Or les constituants d'une équipe ne sont pas seulement liés à la qualité des compétences de chaque professionnel et cet agencement ne se crée pas sans l'alchimie savante d'un long compagnonnage.

Le « déclic » permettant à une équipe de prendre conscience qu'il y a un moyen de faire quelque chose en commun pour renforcer l'efficacité au service du patient est un moment précieux. Tous ces éléments confirment le fait qu'il ne suffit pas de juxtaposer des expertises pour assurer la qualité des soins, mais qu'il faut aussi se préoccuper de développer des compétences non techniques qui permettent de « passer d'une équipe d'experts à une équipe experte ».

[7] Learning from Bristol", The Report of the Public Inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary1984–1995 presented to Parliament by the Secretary of State for Health by Command of Her Majesty July 2001.
[8] Baxter, Brumfitt. Benefits and losses: a qualitative study exploring healthcare staff perceptions of teamworking. Qual Saf Health Care 2008 17: 127-130
[9] Zwarenstein, Goldman, Reeves. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3.
[10] Neily et al. Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality. JAMA. 2010;304(15):1693-1700.

1.3 Intégration dans les dispositifs nationaux

Si la sécurité des patients devient de plus en plus un enjeu majeur de nos sociétés, nombreux sont les dispositifs et réglementations qui s'y intéressent :

- la loi HPST a mis en place une véritable gouvernance des risques en impliquant fortement le président et la CME de l'établissement et en désignant un coordinateur de la gestion des risques [11]
- le programme national sécurité des patients (PNSP) présenté le 14 février 2013 par le Ministère de la santé cible particulièrement les EIG et le retour d'expérience (axe 2 du PNSP) ainsi que la notion d'équipe, de culture de sécurité partagée et de formation (axe 3).
- parmi les méthodes de développement professionnel continu (DPC) retenues par la HAS (document de décembre 2012), on retrouve les méthodes de gestion de risque dont une concernant la gestion des risques en équipe (en cours de développement).
- la certification des établissements de santé investigue la gestion des risques (notamment à travers les critères 8 et 28a).
- la gestion des risques est l'élément central de l'accréditation des médecins des spécialités à risque.

Par ailleurs, la Haute Autorité de santé (HAS), autorité publique indépendante à caractère scientifique, porte également un intérêt de plus en plus fort aux dynamiques d'équipe favorisant l'amélioration des pratiques professionnelles. Cette attention est motivée par l'observation des données et études relatives aux événements indésirables (cf. supra) concluant à la prééminence de ces facteurs d'organisation et de culture d'équipe dans leur survenue ou dans leur récupération. La HAS souhaite ainsi favoriser un mouvement pour construire un système de reconnaissance des équipes entraînées aux démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité, dans les dispositifs existants (certification, accréditation, DPC) et futurs.

[11] Décret no 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.

2. Objectifs de l'expérimentation

L'expérimentation a pour finalité la promotion d'une démarche de gestion des risques en équipe, en définissant, en équipe, des priorités à travers un projet.

→ Trois objectifs sont définis :

1. **Développer la gestion des risques au niveau d'une équipe** :
   - en organisant l'identification et l'analyse des EIAS (améliorer le signalement, exploiter les erreurs). Des thématiques/situations à risque ciblées pourront être pré-définies (cf. infra),
   - en prenant en compte tous les EIAS (évènements indésirables associés aux soins), qu'ils soient porteurs de risque (EPR) ou graves (EIG),
   - en faisant la promotion du retour d'expérience.

2. **Favoriser le travail en équipe** (« passer d'une équipe d'experts à une équipe experte ») :
   - en analysant en équipe les EIAS à travers une organisation dédiée (de type RMM),
   - en renforçant la compétence de l'équipe (par exemple au travers de formations dédiées de type « *Médical Team Training* »)
   - en agissant sur le facteur communication et en faisant la promotion d'une culture de sécurité (cf. enquête culture de sécurité).

3. **Assurer l'articulation entre l'équipe – son établissement de santé et le(s) organisme(s) agréé(s) accréditation (OAA)** :
   - en utilisant l'expertise de(s) l'OAA,
   - en veillant à associer le président de CME et le coordonnateur des risques à l'expérimentation,
   - en valorisant les démarches réalisées dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et dans le plan de développement professionnel continu de l'établissement.

Le souhait de la HAS est de pouvoir mettre en place une démarche :

- **valide**, qui ait du sens pour les professionnels engagés
- **faisable**, car intégrée à l'activité habituelle et simple à mettre en place
- **efficace** en termes de qualité et de sécurité des soins
- **valorisable** dans les dispositifs existants (certification des établissements, DPC , accréditation…) et futurs (accréditation/certification d'équipe ?)

→ La cible

- La gestion des risques en équipe est un projet multicentrique, prospectif et expérimental, qui associe les organismes agréés de l'accréditation, des équipes médico-soignantes et des établissements de santé.
- Le périmètre de l'équipe est fonction de la thématique traitée par la spécialité et propre à l'établissement de santé.
- Les équipes engagées sont volontaires.

3. Critères de sélection des équipes

Les équipes, dont le nombre est limité (environ 10 équipes), sont sélectionnées sur la base des éléments suivants :

- appel à volontariat, relayé par les OA-A,
- engagement ferme pour participer à toutes les étapes du projet,
- engagement de la direction et de la CME de l'établissement,
- volonté de travail en équipe.

4. Conditions de réussite

→ L'accord du directeur de l'établissement et du président de CME,

→ la définition d'une stratégie de communication autour du projet,

→ une planification du projet respectueuse de la charge de travail des équipes,

→ une information et implication du coordonnateur des risques et/ou le responsable qualité,

→ une assurance sur la confidentialité des données,

→ un engagement formel des équipes et des OA,

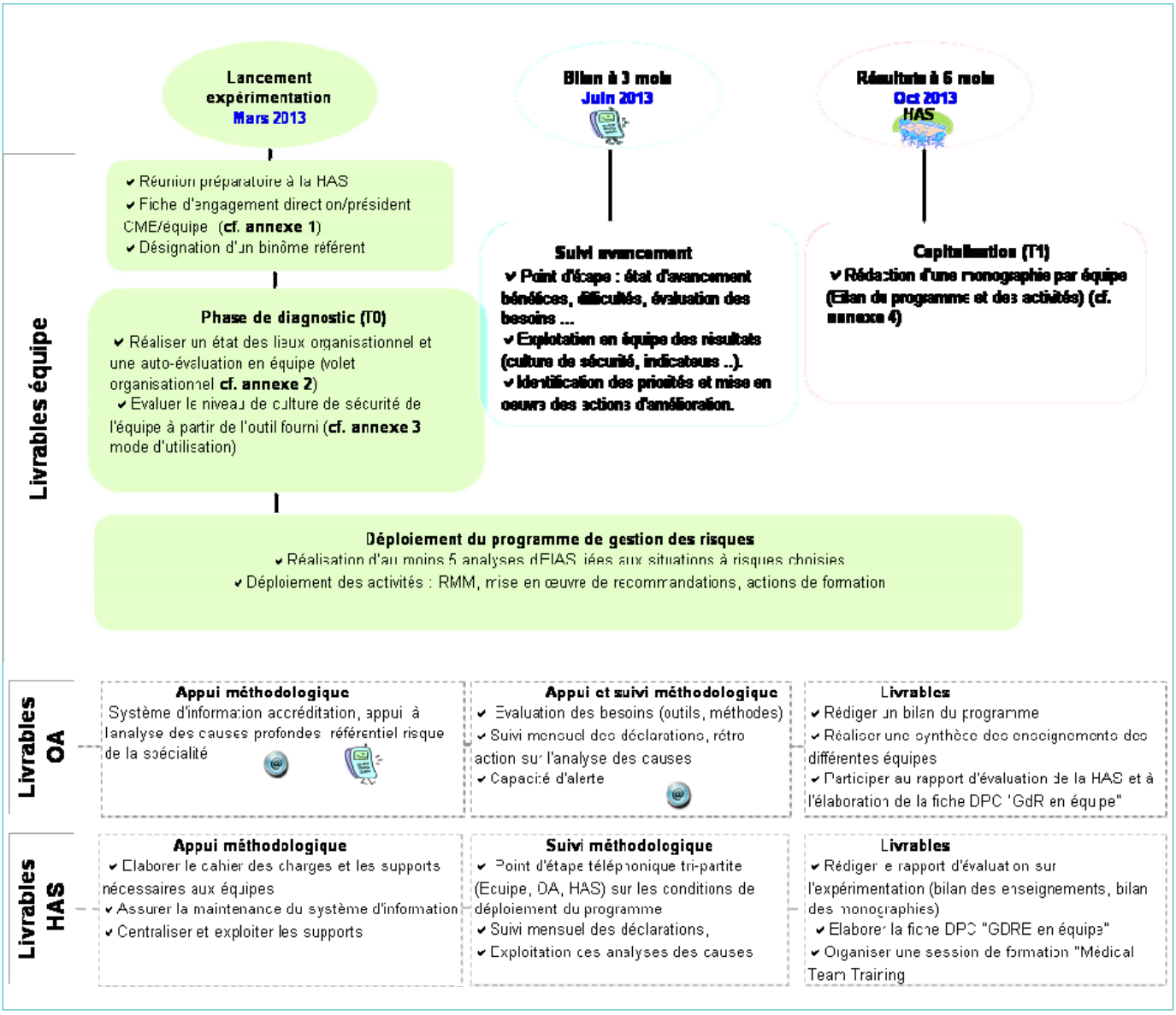
→ la capacité de produire et d'assurer le suivi de livrables

5. Planning prévisionnel 2013 de l'expérimentation

Il s'agit de la **première phase** de l'expérimentation, celle-ci se déploie en 3 étapes sur une période de 6 mois en 2013.

A la suite de celle-ci un rapport de la HAS sera produit afin d'évaluer cette première phase et avant d'envisager les modalités de poursuite de l'expérimentation (cf. infra : Perspectives).

Les différentes parties prenantes s'engagent dans cette 1ère phase de l'expérimentation, selon les modalités et livrables prévus dans ce cahier des charges. (cf. tableau ci-dessous).


Lancement expérimentation Mars 2013
Bilan à 3 mois Juin 2013
Résultats à 6 mois Oct 2013 HAS
Livrables équipe
✔ Réunion préparatoire à la HAS
✔ Fiche d'engagement direct on/président CME/équipe (cf. annexe 1)
✔ Désignation d'un binôme référent
Phase de diagnostic (T0)
✔ Réaliser un état des lieux organisationnel et une auto-évaluation en équipe (volet organisationnel cf. annexe 2)
✔ Evaluer le niveau de culture de sécurité de l'équipe à partir de l'outil fourni (cf. annexe 3 mode d'utilisation)
Suivi avancement
✔ Point d'étape : état d'avancement bénéfices, difficultés, évaluation des besoins ...
✔ Exploitation en équipe des résultats (culture de sécurité, indicateurs ..).
✔ Identification des priorités et mise en oeuvre des actions d'amélioration.
Capitalisation (T1)
✔ Rédaction d'une monographie par équipe (Bilan du programme et des activités) (cf. annexe 4)
Déploiement du programme de gestion des risques
✔ Réalisation d'au moins 5 analyses dEIAS liées aux situations à risques choisies
✔ Déploiement des activités : RMM, mise en œuvre de recommandations, actions de formation
Livrables OA
Appui méthodologique
Système d'information accréditation, appui à l'analyse des causes profondes référentiel risque de la spécialité
Appui et suivi méthodologique
✔ Evaluation des besoins (outils, méthodes)
✔ Suivi mensuel des déclarations, rétro action sur l'analyse des causes
✔ Capacité d'alerte
Livrables
✔ Rédiger un bilan du programme
✔ Réaliser une synthèse des enseignements des différentes équipes
✔ Participer au rapport d'évaluation de la HAS et à l'élaboration de la fiche DPC 'GdR en équipe"
Livrables HAS
Appui méthodologique
✔ Elaborer le cahier des charges et les supports nécessaires aux équipes
✔ Assurer la maintenance du système d'information
✔ Centraliser et exploiter les supports
Suivi méthodologique
✔ Point d'étape téléphonique tri-partite (Ecuipe, OA, HAS) sur les conditions de déploiement du programme
✔ Suivi mensuel des déclarations,
✔ Exploitation ces analyses des causes
Livrables
✔ Rédiger le rapport d'évaluation sur l'expérimentation (bilan des enseignements, bilan des monographies)
✔ Elaborer la fiche DPC "GDRE en équipe"
✔ Organiser une session de formation "Médical Team Training

6. Modalités de pilotage

→ Pilotage local au sein de l'établissement

1. Mise en place **d'un binôme (médical et non médical)** par équipe;

Le binôme est chargé :

- d'informer l'équipe du déroulement de l'expérimentation
- d'informer les instances institutionnelles
- de mener des campagnes de sensibilisation pour encourager la déclaration en interne des EIAS
- d'organiser et prioriser la déclaration des EIAS en équipe
- de mettre en place une organisation pour analyser en équipe les EIAS et mettre en place des actions d'amélioration de la sécurité des soins (exemple RMM)
- d'utiliser la grille ALARM pour analyser en équipe les EIAS
- de déclarer les évènements indésirables associés aux soins[12] dans le système d'information de la HAS
- de définir les conditions de suivi interne du projet et sa traçabilité (compte rendus de réunion par exemple)

2. **Accompagnement par les organismes agréés** de l'accréditation :

- apporter une aide méthodologique aux équipes :
  - élaborer le référentiel risques spécialité
  - formaliser le programme de gestion des risques de l'équipe
  - analyser les déclarations fournies
  - assurer la validation des EIAS déclarés
  - communiquer auprès des équipes (situations à risques, activités, préconisations, formation, action d'évaluation et d'amélioration des pratiques, etc.)
  - communiquer auprès des instances de l'établissement si besoin
- organiser l'interface entre les différents OA concernés

→ Pilotage national

Cette expérimentation est pilotée au sein de la HAS par la Mission Sécurité des Patients (MSP) de la Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (DAQSS).

Elle est chargée de :

- fournir une aide logistique (organisation des réunions, interface avec les parties prenantes, etc.) et méthodologique relatif au dispositif d'accréditation, et les outils nécessaires à la démarche.
- coordonner les différentes étapes de l'expérimentation
- évaluer l'expérimentation et en tirer des enseignements. L'évaluation portera notamment sur les 3 objectifs ciblés : gestion des risques, travail en équipe, articulation OAA-équipe-établissement.

[12] EIAS : Evènements indésirables associés aux soins, incluant les évènements porteurs de risque (EPR) et les EIG graves

7. Suivi de l'expérimentation

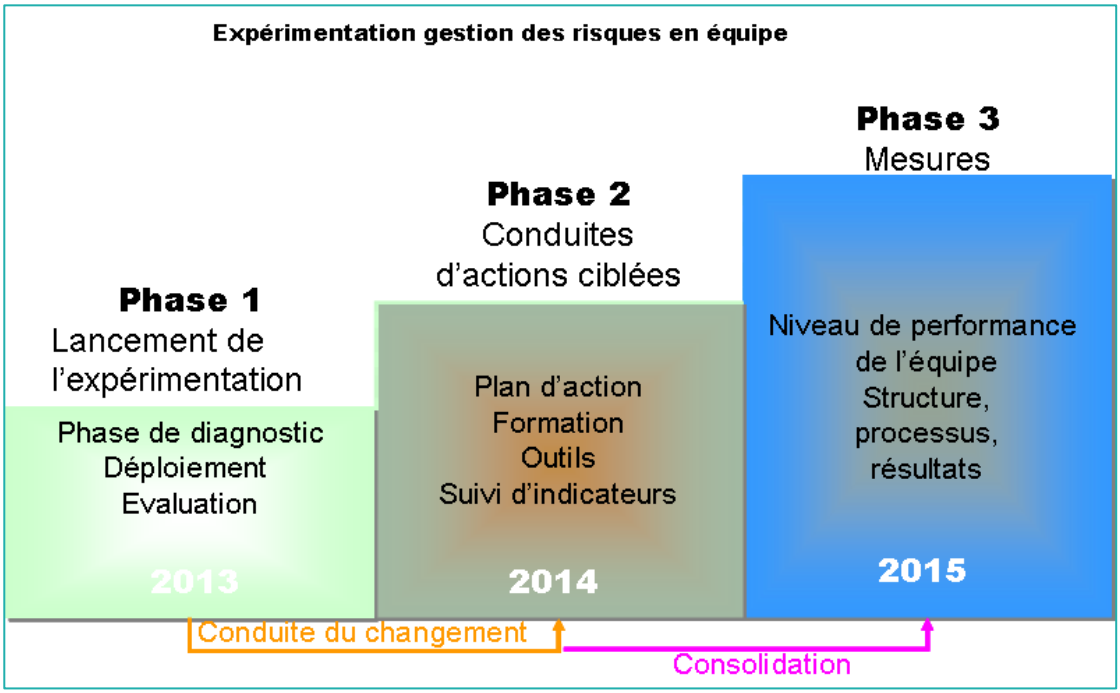
Le niveau d'accompagnement est fonction de chaque établissement de santé.

L'accompagnement relatif à l'interface du système d'accréditation et à l'analyse approfondie est réalisé par le(s) organisme(s) agrée(s) de la spécialité.

Dans cette 1ère phase, l'expérimentation est de nature plutôt observationnelle.

8. Perspectives

Selon les résultats et l'évaluation menée à l'issue de cette première phase, fin 2013, les modalités de poursuite de l'expérimentation seront définies ultérieurement.



2. Annexes

Annexe 1 - Fiche d'engagement

Annexe 2 - Volet organisationnel

Annexe 3 - Mode d'emploi questionnaire culture de sécurité

Annexe 4 - Fiche monographie par équipe

Annexe 1 - Fiche d'engagement

L'établissement de santé (*nom de l'établissement*) s'engage à soutenir la démarche d'expérimentation de gestion des risques en équipe selon le cahier des charges fourni par la Haute Autorité de Santé.

L'expérimentation portera sur les unités/services/pôles suivants :

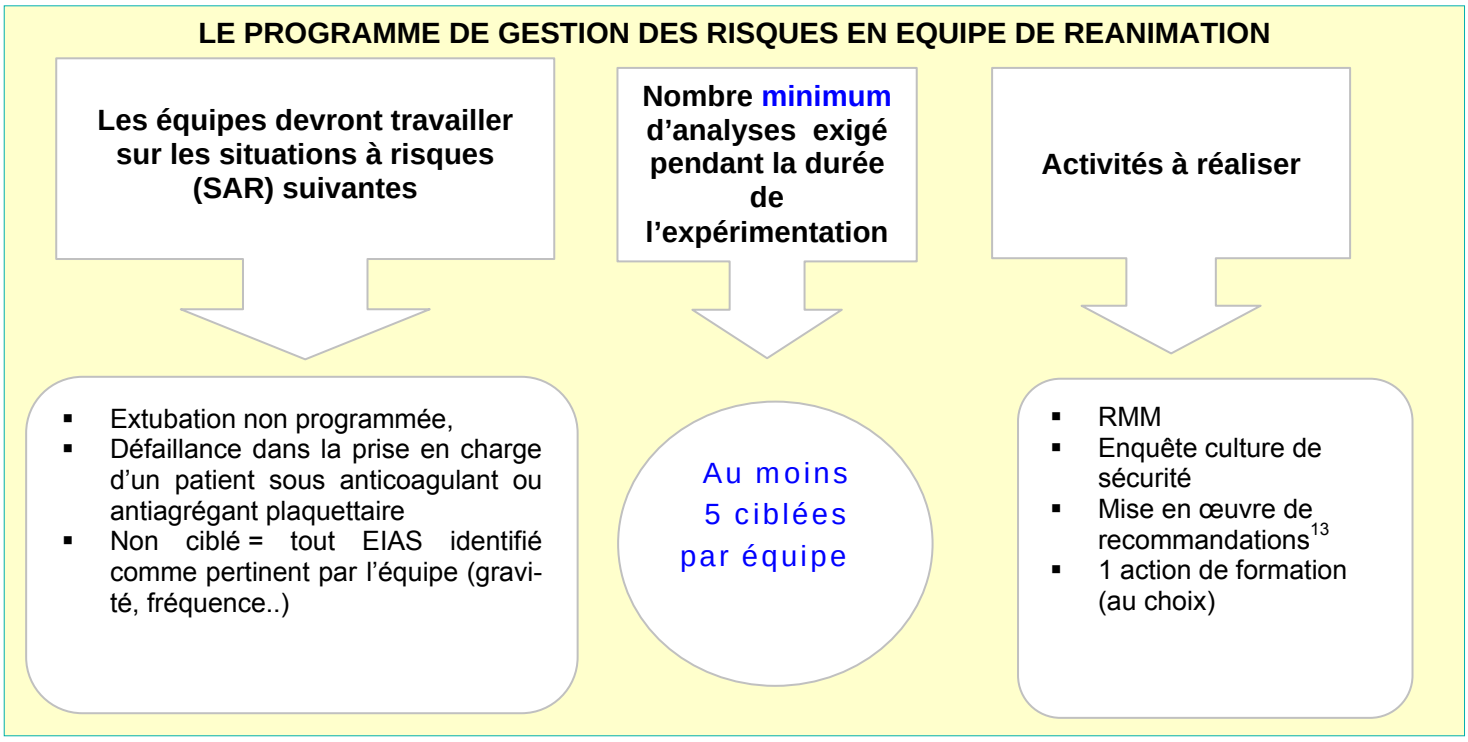
……..
Sous la responsabilité d'un binôme, pilote de la démarche en interne:
- …….(Nom, prénom, fonction)
- …….(Nom, prénom, fonction)

Et en collaboration avec le(s) organisme(s) agréé(s) (OA)…….

Les équipes appuyées par leur établissement s'engagent à mettre en œuvre les activités suivantes :

- promouvoir un programme de gestion des risques qui associe déclaration, analyse des EIAS, et actions d'amélioration des pratiques et d'acquisition des connaissances,
- assurer l'articulation entre la démarche de gestion des risques de l'établissement de santé et celles des spécialités,
- organiser et formaliser le dispositif de déclaration des évènements indésirables associés aux soins (EIAS) en équipe,
- organiser des Revues Mortalité-Morbidité (RMM),
- sensibiliser et former les équipes au repérage des EIAS, à leur déclaration et à leur l'analyse en incluant les propositions d'action d'amélioration,
- tracer leur retour d'expérience selon le modèle fourni par la HAS.

La déclaration des EIAS ciblera plus particulièrement des situations à risque définies par les OA.


LE PROGRAMME DE GESTION DES RISQUES EN EQUIPE DE REANIMATION
Les équipes devront travailler sur les situations à risques (SAR) suivantes
Nombre minimum d'analyses exigé pendant la durée de l'expérimentation
Activités à réaliser
Extubation non programmée,
Défaillance dans la prise en charge d'un patient sous anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire
Non ciblé = tout EIAS identifié comme pertinent par l'équipe (gravité, fréquence..)
Au moins 5 ciblées par équipe
RMM
Enquête culture de sécurité
Mise en œuvre de recommandations[13]
1 action de formation (au choix)

[13] Sécurisation des procédures à risque en réanimation, ventilation non invasive en réanimation, sédation et analgésie en réanimation, sevrage de la ventilation mécanique, prévention de la maladie thromboembolique en réanimation

Seront également tenus informés de la démarche :

- le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins de l'établissement
- la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)
- la Commission des Soins Infirmiers, Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT)
- la Commission / conférence médicale d'établissement (CME)

Cet engagement prend effet à compter de l'envoi de ce formulaire d'engagement :

Date : ……../……/…….

Signatures :

- Le directeur d'établissement ou le représentant légal de l'établissement ;
- Le président de la commission médicale d'établissement (CME) ou la conférence médicale d'établissement
- Le(s) chef(s) de pôle(s), service(s), unité(s) de soin(s)

Le directeur de l'établissement	Le président de CME	Le(s) chef(s) de pôle(s), service(s), unité(s) de soin(s)

Merci de bien vouloir retourner cette fiche à la HAS, avant le 29 mars 2013, à l'adresse suivante :

contact.equipe@has-sante.fr

Annexe 2 - Volet Organisationnel

Gestion des risques en équipe

Volet Organisationnel

Objet : Fournir une description de l'organisation en place au début de l'expérimentation (T0) en termes de :

- **fonctionnement de l'équipe,**
- **gestion des risques.**

Document à renvoyer par mail à la HAS

contact.equipe@has-sante.fr

1. Présentation de l'établissement

Eléments pré-remplis par la HAS

► **NOM DE L'ETABLISSEMENT**		
► **SITUATION GEOGRAPHIQUE**	**Ville :** **Département :**	**Région :**
► **TYPE DE L'ETABLISSEMENT** ► *(CHU, CH, CHS, HL, ESPIC, ETABLISSEMENT PRIVE A BUT LUCRATIF …)*		
► **NOMBRE DE LITS ET PLACES** *[préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)]*		
► **ACTIVITES PRINCIPALES** *(par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante)*		
► **ACTIVITES SPECIFIQUES** *(urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.)*		
► **RESULTATS CERTIFICATION** *(date, version et décision)*		

Partie à remplir par l'équipe

► **DIRECTEUR DE L'ES**		Mail
► **PRESIDENT CME**		Mail
► **RESPONSABLE QUALITE**		Mail
► **COORDONNATEUR DES RISQUES**		Mail

2 – Présentation de l'équipe (champ de l'expérimentation)

A - Description du secteur d'activité (service, pôle, unité…)	
Pôle/Service/unité	
Nom du responsable	
Activités des secteurs concernés : *Type de prise en charge, nombre de lits, de poste, nombre d'interventions, etc ;*	
Composition médicale et paramédicale : *effectifs (nbre de médecins, infirmières, kiné, etc.), intérimaire, etc.*	

B - Description de l'équipe qui s'engage **Coordination : Binôme référent de l'équipe (médical, paramédical…)**		
Nom et fonction	1)	2)
Téléphone		
Mail		

Composition de l'équipe qui s'engage	
Quelle est la composition de l'équipe qui s'engage ? *Exemple :* *médecin, anesthésistes, aides-soignantes, etc.*	*Joindre la liste et la fonction des personnes participant volontairement à l'expérimentation (liste nominative)*
Y -a-t-il déjà dans l'équipe des médecins engagés dans l'accréditation individuelle? Si oui, lesquels ?	

Programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de votre secteur	
Vos objectifs / qualité / sécurité des soins pour votre secteur	
Ce programme est-il formalisé dans le projet d'établissement, le contrat de pôle, projet médical, projet de soins ?	
Quels sont les indicateurs suivis en routine au sein du service / unité?	

Gestion des risques	
Comment le signalement des EIAS est-il organisé ?	
Comment l'analyse des EIAS est-elle organisée ?	
L'organisation actuelle de vos RMM[14] répond-elle aux critères qualité préconisés par la HAS : Procédure disponible : Oui / Non Bilan d'activité annuel : Oui / Non	
D'autres organisations ou actions pour la gestion des risques sont-elles en place ? si oui, lesquelles ? *(staff, CREX[15],analyse a priori de type AMDEC ou APR, etc.)* Quelle est leur traçabilité ? *(compte-rendus, procédure ..)*	
Actions de formation continue *Quelles sont vos priorités, en termes d'activités de formation ?*	
1 – 2 – 3 –	

3. Communication relative à l'expérimentation

Quelles sont les modalités prévues pour présenter le projet à l'équipe ? *Merci de préciser les modalités (quand, à qui et comment)*	
Autre(s)	*Précisez*
Des modalités de travail (aide, soutien, évaluation…) sont définies avec le coordonnateur des risques, la direction qualité ou d'autres acteurs ? *Si oui, préciser*	
Y a-t-il une valorisation prévue de l'expérimentation au sein de l'établissement ? *Si oui, préciser*	
Commentaires	
OA concernés par l'expérimentation	Gynerisq ☐ CFAR ☐ CBPR ☐

[14] Référence : Guide RMM (HAS, 2009)

[15] CREX = comité de retour d'expérience ; AMDEC = analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité ; APR = analyse préliminaire des risques.

4. Le travail en équipe (questionnaire d'autoévaluation en équipe T0)

Ce questionnaire doit être utilisé avec l'équipe participant au projet, lors d'une réunion, au début de l'expérimentation (T0). Un animateur sera désigné.

1. Chaque membre de l'équipe exprime son avis concernant les questions suivantes de manière anonyme sur un post-it. Les réponses sont collectées par l'animateur.

   1. Que signifie pour vous le travail en équipe ?
   2. Comment vous sentez-vous dans l'équipe ?
   3. Quelle(s) difficulté(s) rencontrez-vous dans l'exercice de votre profession ?
   4. Quelle importance accordez-vous au travail en équipe ?
   5. Pensez-vous travailler en équipe ? Pourquoi ?
   6. Existe t-il un partage des connaissances et des tâches ?
   7. Quelle serait la situation idéale ?
   8. Quelle serait pour vous l'action prioritaire sur laquelle l'équipe devrait s'engager / s'améliorer ?

Lire chaque post-it, repérez les points communs qui seront regroupés après accord de l'équipe ; de la même façon, les points divergents seront regroupés après accord de l'équipe.

2. Constituer un groupe par profession. Chaque groupe professionnel répond aux 2 questions suivantes :

   - Connaissez vous le rôle et les responsabilités de chacun dans votre équipe ?
     (lister chaque profession représentée dans votre équipe et assistant à la réunion).

   - Demandez à chaque catégorie professionnelle, de dire ce qu'elle attend d'une autre catégorie professionnelle que la sienne.
     exemples :
     Qu'attendez-vous d'une IADE, pour un chirurgien, pour une IBODE ?
     Qu'attendez-vous du chirurgien, pour un anesthésiste, une IBODE ?

Puis en groupe plénier, chaque groupe présente ses éléments de réponse.

A l'issue des présentations, une discussion est engagée et permet d'identifier les points forts, points faibles, opportunités, risques pour l'équipe.

3. Synthèse en équipe : qu'avons nous appris lors de cette réunion ? Quels enseignements à tirer, quel(le)s actions et/ou changements à mettre en œuvre ?

4. Rédaction d'un compte rendu avec liste d'émargement.

Annexe 3 - Mode d'emploi du questionnaire Culture de sécurité

→ Réalisation d'une enquête culture sécurité au sein de l'équipe

Objectifs

1. dans le cadre d'une démarche d'équipe, faire participer au moins 80% des membres de l'équipe à une enquête les concernant,
2. explorer les perceptions de l'équipe à propos de la sécurité des soins,
3. suite à l'enquête menée, induire une discussion entre les membres de l'équipe pour identifier des axes d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.

Qui est concerné ?

Tous les membres de l'équipe (y compris le binôme référent et l'encadrement), c'est à dire tous les professionnels de santé travaillant à temps plein ou à temps partiel et engagés dans l'expérimentation.

Chaque membre de l'équipe remplit individuellement un questionnaire.

Attention : un taux de réponse d'au moins 60% des membres de l'équipe est indispensable ainsi qu'au moins un représentant de chaque catégorie professionnelle afin de disposer de résultats interprétables.

Avec quoi ?

Le questionnaire développé par l'agence américaine Agency for Healthcare Research and Quality (http ://www.ahrq.gov/) et traduit en français et validé par le CCECQA (http ://www.ccecqa.asso.fr/).

Une plateforme informatisée, sécurisée et dédiée à cette enquête est mise à disposition des équipes, qui permet la saisie directe des réponses à l'aide d'un mot de passe qui sera fourni au binôme.

Le temps estimé pour remplir le questionnaire est d'environ 15 à 20 minutes. Les binômes référents et la HAS seront destinataires des résultats agrégés et anonymisés de l'équipe.

Quand ?

Au début de l'expérimentation (le premier mois) afin de disposer d'une mesure initiale.

Eviter si possible une période de changement important pour l'équipe et préférer une période de stabilité. Si cela n'est pas possible, noter dans le compte rendu de la réunion finale les éléments devant être pris en considération.

Quelle exploitation ?

Les résultats de l'enquête sont la propriété de l'équipe. Le nom des professionnels enquêtés ne figure pas sur les questionnaires et aucun résultat individuel n'est communiqué.

Un diagramme en radar récapitulatif présente le score de chacune des 10 dimensions explorées par l'enquête. Le score de chaque dimension est la moyenne des % des réponses positives (en faveur d'une culture de sécurité développée). Si ce score est supérieur ou égal à 75% on considère que la dimension est développée, s'il est inférieur ou égal à 50% la dimension est dite à améliorer.

Les résultats ont vocation à être discutés en équipe afin d'identifier des axes d'amélioration et initier un plan d'actions.

Comment procéder ?

1. Pré-requis

- les membres de l'équipe sont préalablement identifiés.
- les référents de l'équipe (binôme, groupe pilote) prennent connaissance du document HAS : Culture de sécurité des soins : du concept à la pratique[16]. Ce document peut être diffusé à l'équipe.

2. Préparation de l'enquête

Les référents de l'équipe (binôme, groupe pilote) préparent l'enquête (identification des professionnels concernés, information de l'équipe)

3. Déroulement de l'enquête

- chaque membre de l'équipe remplit un questionnaire (environ 15 à 20 minutes)
- les référents incitent à remplir les questionnaires.

4. Restitution des résultats

Une réunion de l'équipe est organisée.

Celle-ci comporte 4 temps :

- présentation : les référents présentent le taux de participation et les résultats de l'enquête,
- discussion : une discussion des résultats en équipe est réalisée : points forts, point faibles, opportunités et risques identifiés,
- synthèse : qu'avons nous appris lors de cette réunion ? quels enseignements à tirer, quelles actions/changements à mettre en œuvre ?
- rédaction d'un compte rendu auquel est joint la liste d'émargement des participants à la réunion ainsi que les résultats de l'enquête.

[16] Document disponible sur le site de la HAS, en téléchargement ici : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-02/culture_de_securite_des_soins__du_concept_a_la_pratique.pdf

Pour mémo, quelques définitions fréquemment utilisées :

- Un **évènement indésirable** *est un évènement défavorable survenant chez un patient, quelles qu'en soient sa gravité et sa nature, consécutif aux stratégies et actes de diagnostic, de traitement, de soins, de prévention ou de réhabilitation. Il s'agit d'un évènement qui s'écarte des résultats escomptés et qui n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie. Ces évènements peuvent être plus ou moins graves et aller d'un simple événement porteur de risque (EPR) jusqu'à un événement indésirable grave (EIG).*
- La **sécurité** est *la réduction à un niveau acceptable des risques d'évènements indésirables associés aux soins (EIAS) liés aux prises en charge par le système de santé*
- Une **erreur** médicale est une erreur commise au cours de la délivrance des soins par un professionnel de santé. Une erreur peut être à l'origine d'un événement indésirable.

Pour en savoir plus :

⏩Un guide d'utilisation rédigé par le CCEQA est téléchargeable ici :
http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.cpm.aquisante.priv/files/DECLICS-Guide%20d'utilisation_03juin2010_0.pdf

Annexe 4. Fiche monographie par équipe (plan)

- **Objectif : bilan de l'expérimentation pour chaque équipe engagée**

A – Contexte et bilan initial (T0)

1. **Fiche d'engagement**
2. **Document Organisationnel**
3. **Enquête culture de sécurité (résultats)**

Commentaires :
Problématique de l'ES, contexte organisationnel,

B - Objectif(s) attendu(s)

Au niveau de l'établissement :
(changement(s) attendu(s), perspective d'intégration dans un dispositif de DPC, de certification, de CPOM, etc..)

Au niveau de l'équipe :

C – Modalités de déploiement de l'expérimention (qu'avez-vous fait ?)

Quelles sont les modalités de déploiement de l'expérimentation dans votre équipe concernant :

(Quels sont les acteurs impliqués, quelles actions, quelles organisations, quelles méthodes/outils, quelles modalités ont été mises en œuvre ?)

- La gestion des risques :

- Le travail en équipe :

- L'articulation établissement de santé - équipe – organisme agréé :

D – Evaluation de l'expérimentation pour l'équipe à 6 mois (T1)

1. Quels sont les résultats obtenus concernant :

- La gestion des risques :

- Le travail en équipe :

- L'articulation établissement de santé - équipe – organisme agréé :

2. La gestion des risques en équipe réalisée s'intègre-t-elle dans la pratique professionnelle quotidienne ?
   Comment ?
   - Si oui, quels sont les facteurs facilitant, les leviers
   - Si non, quels sont les difficultés ou les progrès à faire

3. La gestion des risques en équipe réalisée permet-elle, selon vous :
   - de satisfaire à l'accréditation individuelle des médecins (pour les spécialités éligibles) ? pourquoi ? comment ?
   - de satisfaire à l'obligation de DPC pour les autres professionnels ?
     pourquoi ? comment ?
   - d'être prise en compte dans le programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de l'établissement ?
     pourquoi ? comment ?

4. Le travail en équipe a t-il permis de favoriser le signalement des évènements indésirables ?
   - de type EPR *(événement porteur de risque n'ayant pas causé de dommage pour le patient)* ?
   - de type EIG *(événement indésirable grave) ?*
   - Si NON, pour quelles raisons selon vous ?

E – En conclusion

- Quels points forts ? et valorisation(s) possible(s) ?
- Quels points faibles et difficultés rencontrées ?
- Quels bénéfices pour : l'équipe, l'organisme agréé, l'établissement, le patient ?
- Quelles idées nouvelles retirez-vous de l'expérimentation ?
- Que reste-t-il à faire ?
- L'équipe souhaite-t-elle poursuivre l'expérimentation ?